

問診票

氏名 _____

1. 診察に来られた目的に○を付けてください。

紹介状(有・無)

妊娠判定(市販薬での判定をされた方: 月 日 陽性・陰性)

妊婦健診(他院での健診最終日: 月 日) 分娩予約 里帰り分娩

子宮がん検診 月経異常 不正出血 子宮筋腫 更年期障害 不妊相談

痒み おりもの 緊急避妊 セカンドオピニオン その他

症状を具体的に

()

2. 月経について伺います。

・前回(一番最近)の月経は(月 日)から()日間

・前々回の月経は(月 日)から()日間

・初めて月経があったのは()歳 ・閉経したのは()歳

・現在の月経周期は(順調・不順)で()日周期

・月経の量は(多・中・少)

・月経障害は(下腹痛・腰痛・頭痛・肩こり・その他)

・月経障害の程度は(強・中・弱) 強: 毎回薬使用 中: 時々薬使用 弱: 我慢できる

3. 結婚していますか?(いいえ・はい) はいの方(年 月)()歳のとき

・性交の経験はありますか?(ある・ない)

・ご主人の年齢は()歳で、(健康・病気・死亡)

4. 妊娠について伺います。

・妊娠の回数は全部で()回 流産や人工妊娠中絶を含むが、今回の妊娠は除く

・分娩の回数は全部で()回 死産も含む

	分娩時 年 月(歳)	妊娠月数 または週数	分娩様式	性別	児の体重
			自然流産・人口妊娠中絶・死産・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・骨盤位分娩		
1	年 月(歳)			男・女	g
2	年 月(歳)			男・女	g
3	年 月(歳)			男・女	g
4	年 月(歳)			男・女	g

5. 家族について伺います。

- ・実父()歳(健康・病気・死亡)
病名・亡くなられた原因()
- ・実母()歳(健康・病気・死亡)
病名・亡くなられた原因()
- ・兄弟姉妹は自分を含め()人 そのうち亡くなられた方は()人

6. 既往歴について伺います。

- ・今まで治療した、あるいは現在治療中の病気についてお書きください。
心臓病 高血圧 糖尿病 肝臓病 喘息 腎臓病 尿路感染症 その他
()
- ・内服している薬と通院している病院名をお書きください。
()
- ・今までに手術をうけたことがあればお書きください。
 - 1) 年 月()歳 病名()
 - 2) 年 月()歳 病名()
 - 3) 年 月()歳 病名()
- ・アレルギー(有・無) 有りの方：種類()

7. 以下のものを使用したことがありますか？(有・無)

リング・ピル・コンドーム (該当するものに○をお願いします)

8. 現在の年齢()歳 身長()cm 現在の体重()kg 妊娠前の体重()kg

職業()

喫煙(する・しない) する方：1日に()本程度

飲酒(する・しない) する方：(毎日・時々)

記載年月日： 年 月 日

記載者氏名：

当院は診療情報を所有・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を所有・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報取得加算

[初診時]

加算1 (3点 マイナ保険証確認時同意されなかった、又は保険証の提示の場合)

加算2 (1点 マイナ保険証を利用した場合)